مجله علوم پزشکی زانکو/ دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ تابستان 1401/ 27-37

مقاله پژوهشی
(Originalpaper)

مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس

سید مجتبی عقیلی[1*]، فاطمه جرجانی[2]، آرزو اصغری[3]، میترا نمازی[4]

1- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، ایران، Dr_aghili1398@yahoo.com، 0000-0002-0523-2981

2- کارشناس‌ارشد روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، گلستان، ایران، Jorjani_Fs@gmail.com، 0000-0003-2415-375

3- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کوثر بجنورد، بجنورد، ایران، azasghari@gmail.com، 0699-0000-0003-2011

4- کارشناس‌ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم و تحقیقات شاهرود، سمنان، ایران، Mitra_namazi@yahoo.com، 3124-0000-0003-0235

نویسنده مسئول: تلفن ۹۸۹۰۱۵۰۹۱۳۴۶ پست الکترونیک: Dr_aghili1398@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: اماس یکی از شایع‌ترین دلایل عصبی ناتوانی دستگاه عصبی مرکزی است. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اماس بود.

مواد و روش‌کار: روش پژوهش، به شیوه نیمه آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه صورت گرفته است. جامعه آماری عبارت بود از تمام افراد دارای بیماری اماس در گرگان که از این میان تعداد 45 فرد بستری در بخش نورولوژی بیمارستان شهید صیاد شیرازی شهر گرگان به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی ساده در 3 گروه 15 نفره جای گرفتند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه امید به زندگی (AHS) و پرسش‌نامه بهزیستی روان شناختی (RSPWB) بود. دو گروه مداخله طی هشت جلسه یک و نیم ساعته، درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را دریافت نموده و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها نیز با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و مقایسه میانگین‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی بیماران در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قبل و بعد از اجرای آموزش به ترتیب 12/412±3/726 و 13/018±2/531 بود. و در گروه ذهن‌آگاهی قبل از آموزش 12/533±3/693 بود که بعد از آموزش به 15/933±4/695 رسید. هم‌چنین نمره امید به زندگی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قبل و. بعد از اجرای آموزش به ترتیب 26/115±5/625 و 29/106±4/417 بود. و در گروه ذهن آگاهی قبل از آموزش26/465±6/672 بود که بعد از آموزش به 31/431±5/327 رسید. این اختلاف از نظر آماری معنادار بود (P-value=0/000).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، ذهن‌آگاهی، امید به زندگی، ایران

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس[1] یکی از شایع‌ترین دلایل عصبی ناتوانی دستگاه عصبی مرکزی است که از طریق تخریب غلاف میلین سلول‌های عصبی مرکزی، موجب اختلال در سیستم عصبی بدن می‌شود (1) و در صورت ادامه‌دار شدن و مداخله نکردن به موقع، احتمال فلج کامل و حتی مرگ را در پی دارد. معمولا اولین نشانه‌های این بیماری بین 20 تا 40 سالگی بروز می‌کند و با مشکلاتی چون اضطراب[2]، ضعف، کاهش قدرت هماهنگی، پارستزی، اختلال بینایی، و تغییرات روانی مانند افسردگی[3]، ناامیدی، و کاهش قدرت حل مشکل همراه است (2). امروزه پژوهشگران بر این باورند که بیماری‌ام‌اس نتیجه عوامل ویروسی، ژنتیکی، محیطی، ایمنی، و روان‌شناختی است (3). ام‌اس ممکن است تأثیر مخربی بر احساس شخص از خود بگذارد، به طوری که خودپنداره‌های مثبت جای خود را به خودپنداره‌های منفی بسپارند. این تغییرات اثر منفی بر بهزیستی روان شناختی[4] فرد می‌گذارد (4). حملات این بیماری به همراه خود، تبعات روانی نیز خواهد آورد و ممکن است امید به زندگی[5] را در بیمار از بین ببرد. بنابراین فراهم آوردن شرایط برای ادامهٔ زندگی با کیفیت مطلوب، رضایت‌مندی، و کارآمدی به همراه درمان بیماری در این بیماران، امری اجتناب ناپذیر است (5).

امید به زندگی مکانیسم سازگاری مهم در بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌ام‌اس است و به عنوان یک فاکتور پیچیده چند بعدی و بسیار قدرتمند در بهبودی و سازگاری مؤثر، تعریف می‌شود. این بیماری مانند هر بیماری مزمن دیگر باعث کاهش امید به زندگی بیماران می‌شود (6). امیدواری در تمام ابعاد زندگی ضروری است، امید به معنای توانایی باور، به داشتن احساس بهتر در آینده می‌باشد که با نیروی نافذ خود، تحریک‌کننده فعالیت فرد است تا بتواند تجربه‌های نو، کسب‌نماید و به فرد جرات می‌دهد که با شرایط خویش مواجه شود و ظرفیت غلبه بر آن‌ها را افزایش دهد (7).

محققان بیان کردند بیماران مبتلا به ام‌اس به واسطه مشکلات جسمانی ناشی از بیماری، تنش‌زاهای بیش‌تر و بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری را گزارش می‌کنند (8). بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان خوشبختی، شادی، و داشتن احساسات مثبت در زندگی تعریف نمود که در آن فرد در تلاش است توانایی‌های بالقوه خود را شکوفا کند (9) و دارای مولفه‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، و رشد فردی است (10). بهزیستی روان‌شناختی، تلاش بیمار را برای تحقق توانایی‌های بالقوه فرد مهیا می‌سازد و رشد فردی و عملکرد سازگارانه را در پی دارد (11). مولفه بهزیستی، دارای دو رویکرد مبتنی بر لذت‌گرایی و فضیلت‌گرایی ارسطو است. در رویکرد نخست، بهزیستی به معنای به حداکثر رساندن لذت و به حداقل رساندن درد و در رویکرد بعدی، دربرگیرنده تلاش برای کمال و تحقق توانایی‌های واقعی فرد است (12).

تاکنون رویکردها و تکنیک‌های متنوعی برای درمان بیماران ام‌اس مورد استفاده قرار گرفته است، در این میان استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[6] به عنوان یکی از رایج‌ترین و پرکاربردترین روش‌ها می‌تواند بسیار مثمرثمر باشد. این درمان جزء درمان‌های موج سوم می‌باشد که در آن به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (13). پژوهش ویدر[7] و

1. Multiple sclerosis
2. Anxiety
3. Depression
4. Psychological well-being
5. Life expectancy
6. Acceptance and Commitment Therapy
7. Vader

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-13]

همکاران حاکی از اثربخشی این درمان بر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری مولتیپل اسکلروزیس بوده است (14). هدف این درمان، افزایش انعطاف‌پذیری روان-شناختی[1] و رفتاری است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است را افزایش می‌دهد. هم‌چنین توانایی برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی است (15). از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در شش فرایند اصلی پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها، و عمل متعهدانه انجام می‌شود (16).

دومین روش درمانی که در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[2] بود (17) ذهن‌آگاهی، درمانی است که توسط کابات-زین[3] در سال 1979 مطرح شد و امروزه به طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد. ذهن‌آگاهی به معنی توجه‌کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند، خالی از قضاوت، (18) توجه بدون داوری واقعیت موجود، و به طور کلی به فرآیندهای شناختی اطلاق می‌شود که طی آن‌ها فرد ذهن‌آگاه، تمرکز خود را روی تجربه‌ی احساسات و اتفاقاتی که در لحظه‌ی حال در خود یا اطرافیانش رخ می‌دهد، متمرکز می‌سازد (19). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بیماران آموزش می‌دهد چگونه الگوی نشخواری، عادتی، و خودکار ذهن را به محض شناسایی به الگوی متفکرانه و عمدی ذهن تبدیل سازند (20)، به گونه‌ای که تفکرات و احساسات منفی از چشم‌انداز وسیع‌تری به عنوان رخدادهای ساده گذرنده در ذهن شناخته شوند و شامل مدیتشین‌های مختلف، یوگای کشیدگی، تمرین مرور بدن، و چند تمرین شناخت‌درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس، و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد (21).

در این راستا موحد زاده و شاه‌ویسی در پژوهشی نشان دادند که درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، کیفیت زندگی، و امیدواری بیماران مبتلا به اماس وجود دارد (22). مطالعات احمدآبادی و همکاران نشان داد که آگاهی ذهنی اثر معناداری بر بهزیستی روان‌شناختی دارد؛ یعنی با افزایش آگاهی ذهنی، میزان بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی افزایش می‌یابد (23). قدم پور، رادمهر، و همکاران دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تأثیر معنی‌داری دارد (24). هم‌چنین پژوهش‌های هانا، استروبر[4]، (25) باسی،[5] و همکاران (26) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروه‌درمانی بر سطح بهزیستی روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به اماس تأثیر معنی‌داری داشت. بیماران با احساس بهزیستی روان‌شناختی بالا، هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند این افراد ارزیابی مثبتی از وقایع پیرامون خود و امید به زندگی بالاتری دارند، درحالی که افراد با احساس بهزیستی روان-شناختی پایین، حوادث و وقایع زندگی را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی، و خشم را بیش‌تر تجربه می‌کنند. با توجه به اهمیت موارد ذکرشده، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت-درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری در بیماران اماس انجام شد.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی بیماران مبتلا به اماس بستری در در بخش

1. Psychological flexibility
2. Cognitive therapy based on mindfulness
3. Kabat-Zin
4. Hannah and Strawber
5. Bassi

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-13]

نورولوژی بیمارستان شهید صیاد شیرازی گرگان بودند که از میان آن‌ها 45 بیمار به صورت در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در 3 گروه 15 نفره جای-گذاری شدند. گروه آزمایش 1 (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، گروه آزمایش 2 (شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) را طی 8 جلسه 60 دقیقه ای دریافت نموده و گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود شامل مواردی هم‌چون تمایل به شرکت در پژوهش، گذشت حداقل یک سال از ابتلا به بیماری ام.اس، سن بین 35 تا 55 سال، حداقل تحصیلات دیپلم، و عدم دریافت هم‌زمان درمان روان‌شناختی دیگر بود و ملاک‌های خروج مواردی از قبیل غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به همکاری در پژوهش بود. شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم افزار spss گردآوری و با استفاده از آمار استنباطی و آزمون تحلیل کوواریانس و مقایسه میانگین‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسش‌نامه امید به زندگی اشنایدر: پرسش‌نامه امیدواری که توسط اشنایدر و همکاران در سال 1989 تهیه شده است دارای 12 سؤال است. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای است (27). در پژوهش اشنایدر و همکاران برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شد که به این ترتیب ضرایب آن برابر با 0/90 و 0/89 به‌دست‌آمد. در تحقیق حسینیان ضرایب پایایی پرسش‌نامه مذکور با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب 0/95 و 0/94 است (28). در پژوهش حاضر، روایی این پرسش‌نامه از طریق اعتبار محتوا 0/82 و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ 0/83 به دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی (ریف)[1]: این مقیاس در سال 1989 توسط کارول ریف ساخته شده است. این آزمون 84 سؤال و 6 عامل را دربر می‌گیرد. شرکت‌کنندگان در مقیاسی 6 درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) سؤالات پاسخ می‌دهند. 47 سؤال، مستقیم و 37 سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ریف برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه‌ی آن با سنجه‌هایی که صفات شخصیتی را می‌سنجیدند و در ضمن، شاخص بهزیستی روان‌شناختی نیز به شمار می‌رفتند، از سنجه-هایی مانند مقیاس تعادل عاطفی برادبورن (1969)، رضایت زندگی نیوگارتن (1965)، و حرمت خود روزنبرگ (1965) استفاده کرد. بیش‌ترین نمره در این پرسش‌نامه 420 و کم‌ترین نمره 84 می‌باشد. به منظور برآورد همسانی دورنی مقیاس ریف، از روش آلفای کرونباخ استفاده کرد، ضریب قابلیت اعتماد کل مقیاس 0/94 به دست آمد. مقیاس تدوین شده بهزیستی روان‌شناختی در دو نوبت به فاصله زمانی دو هفته بر روی گروه واحدی از آزمودنی‌ها اجرا –شده است. ضریب همبستگی به دست‌آمده برای کل مقیاس 0/76 و برای خرده آزمون‌ها بین 0/67 تا 73٪ بود. در پژوهش بیانی و همکاران همسانی درونی با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط 0/77، رشد شخصی 0/78، ارتباط مثبت با دیگران 0/77، هدفمندی در زندگی 0/70، پذیرش خود0/71، خودمختاری 0/78، و نمره کلی 0/82 بود. روایی این مقیاس نیز مناسب برآورد شده‌است (29). در پژوهش حاضر، روایی این پرسش‌نامه از طریق اعتبار محتوا 0/86 و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ 0/89 به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل

1 . Psychological Well-being Questionnaire

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-13]

پس از نمونه‌گیری، پرسش‌نامه پژوهش به‌عنوان مرحله‌ی پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه‌های آزمایش به مدت هشت جلسه یک و نیم ساعته، برنامه‌های آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک و نیم ساعته، دریافت کردند. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ذیل آمده است.

خلاصه‌ی جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (13)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی با فرآیند درمان، ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، توزیع پرسش‌نامه‌ها
دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش و ایجاد درماندگی خالق.
سوم	مرور تکلیف جلسه قبل، بیان کنترل به عنوان مشکل سنجش عملکرد
چهارم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف.
پنجم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی‌و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر، سنجش عملکرد نشان‌دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار.
ششم	مرور تجارب جلسه قبل، سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان‌دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی.
هفتم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف، سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش، نشان‌دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی.
هشتم	مرور تجارب جلسات قبل، بررسی.

محتوای جلسات درمان شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (17)

جلسه	محتوا
اول	شناسایی هدایت خودکار و خروج از آن، حضور ذهن از فعالیت‌های روزانه، وارسی بدنی.
دوم	سروکار داشتن با موانع: واکنش به حوادث روزانه، جدول فعالیت‌های لذت بخش، مراقبه نشسته 10 دقیقه‌ای.
سوم	حضور ذهن یا آگاهی از تنفس: حفظ هوشیاری، مراقبه نشسته 40 دقیقه‌ای تنفس و بدن. حس‌های ناراحت‌کننده.
چهارم	ماندن در زمان حال: دلبستگی، بیزاری، و کسالت.
پنجم	اجازه‌دادن/ مجوز حضور: پذیرش تجارب فردی
ششم	افکار حقایق نیستند، افکار فقط افکارند.
هفتم	چطور می‌توانیم به بهترین وجه مراقب خودمان باشیم: فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و مهارت‌آمیز، تهیه برنامه و آماده‌سازی برنامه فعالیت. تمرین خداحافظی.
هشتم	کاربرد آن‌چه آموختیم برای سروکار داشتن با خلق در آینده

یافته‌ها

از میان شرکت‌کنندگان در این پژوهش در گروه آزمایش و گواه، از نظر سن 21/1 درصد بین 35 تا 40 سال، 67/2 درصد بین 40 تا 45 سال و 10/5 درصد بین 45 تا 50 سال سن داشتند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول 1 ارائه شده است.

جدول 1: شاخص‌های آماری نمره بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	نوع درمان	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روان‌شناختی	ذهن‌آگاهی	12/533	3/693	15/933	4/695
	پذیرش و تعهد	12/412	3/726	13/018	2/531

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-13]

	گواه	10/504	2/182	10/422	2/729
امید به زندگی	ذهن‌آگاهی	26/465	6/672	31/431	5/327
	پذیرش و تعهد	26/115	5/625	29/106	4/417
	گواه	25/352	6/102	25/192	6/387

اطلاعات توصیفی گروه آزمایش و گواه در پیش-آزمون، پس‌آزمون نشان می‌دهد نمرات بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی در هر دو گروه ذهن-آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش یافته-است.

به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. یکی از مفروضه‌های این آزمون، یکسانی ماتریس کوواریانس است. برای بررسی این مفروضه از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج آزمون ام‌باکس نشان دادند همسانی ماتریس‌های واریانس‌ها رعایت شده بودند (P=0/241، F=1/144، BOXS M=25/687). سپس، از نبود داده‌های پرت تأثیرگذار در متغیرهای پژوهش، با توجه به شاخص‌های کجی و کشیدگی، اطمینان کسب شد (در حالت کلی، چنانچه چولگی و کشیدگی در بازه (۲، ۲-) نباشند، داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند). همچنین، برای بررسی مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که در متغیر بهزیستی روان‌شناختی (P=0/711، F=0/321)، متغیر امید به زندگی (P=0/509، F=0/624) معنادار نبودند؛ بنابراین، فرض همگنی واریانس‌های هر دو متغیر تأیید شد. مفروضهٔ مهم دیگر تحلیل کواریانس، همگنی شیب خط رگرسیون‌اند که برای متغیرهای بهزیستی روان-شناختی (P=0/473، F=0/553)، متغیر امید به زندگی (P=0/550، F=0/368) معنادار نبودند؛ بنابراین، این مفروضه هم تأیید شد. با توجه به نتایج مفروضه‌ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده می‌شود.

جدول2: تحلیل کوواریانس نمره بهزیستی روان‌شناختی افراد نمونه تحت روش ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معنی داری	ضریب اتا η^2
گواه	2719/060	1	2719/060	7/543	0/012	**0/147**
گروه	11372/120	2	5686/060	15/774	0/000	**0/643**
خطا	9372/021	26	360/476			

با توجه به جدول فوق و سطوح معنی‌داری ارائه‌شده می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان-شناختی مؤثر واقع شده است. علاوه بر آن ضریب اتای به‌دست‌آمده نیز بیانگر اثر بالای این روش بوده است.

جدول 3: تحلیل کوواریانس نمره امید به زندگی افراد نمونه تحت روش درمانی ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معنی داری	ضریب اتا η^2
گواه	84/953	1	84/953	8/873	0/008	**0/321**
گروه	353/800	2	176/900	13/852	0/000	**0/585**
خطا	523/574	26	12/770			

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-13]

با توجه به جدول فوق و سطوح معنی داری ارائه شده می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی مؤثر واقع شده است. علاوه بر آن ضریب اتای به‌دست‌آمده نیز بیانگر اثر بالای این روش بوده است.

جدول 6: مقایسه اثرگذاری متغیرها در دو روش درمانی

آزمون برابری میانگین‌ها T-test							آزمون برابری واریانس‌ها		واریانس‌ها	متغیرها	
فاصله اطمینان ٪ 95		میانگین اختلافات	Sig.	درجه آزادی	آماره T	Sig.	آماره F				
حد بالا	حد پایین										
1/428	-3/021	-1/13	0/315	18	-1/05	0/118	2/675		برابر	بهزیستی	روان
1/414	-3/106	-1/13	0/297	11/94	-1/05				نابرابر	شناختی	
0/170	-4/630	-0/47	0/426	18	1/61	0/402	1/542		برابر	امید به زندگی	
0/169	-4/573	-0/47	0/442	10/53	1/61				نابرابر		

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین میزان کاهش نمره دو متغیر در دو آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. چرا که سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده (0/426 و sig=0/315) در هر دو مورد بیش از پنج درصد است. بدین معنی که تغییرات ایجاد شده توسط دو روش درمانی ذهن‌آگاهی و روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در دو متغیر بهزیستی شناختی و امید به زندگی به گونه‌ای نبوده که ارجحیت روش‌ها نسبت به یکدیگر را در پی داشته باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اماس انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اماس اثربخش است و مقایسه میزان اثربخشی در این دو رویکرد تفاوت معناداری با هم نداشتند.

این یافته با نتایج مطالعات موحدزاده و شاه‌ویسی(22)، احمدآبادی و همکاران (23)، قدم‌پور و همکاران (24)، هانا و استروبر (25)، و باسی و همکاران (26) هم‌سو می‌باشد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی در راهبردهای پایبندی، تعهد، و تغییر، به بیماران برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند، و با معنا کمک می‌کند. هدف این درمان تغییر شکل یا فراوانی افکار و یا احساسات آزرنده نیست، بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر و تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد (24). براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد از طریق فرایندهای گسلش و پذیرش باعث می‌شود که امید به زندگی بیماران مبتلا به اماس افزایش‌یابد، به عبارتی بیماران می‌آموزند که متناسب با مسیر ارزش‌های خود حرکت‌کنند و در عمل نیز ارزش‌های خود را رها نکنند که این به طور کلی سبب افزایش امید به زندگی بیماران مبتلا به اماس می‌شود. از سوی دیگر، ذهن‌آگاهی ضمن این که به فرد کمک می‌کند بفهمد چگونه آرامش و رضایت را دوباره از عمق وجودش کشف کرده و آن را با زندگی روزمره-

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-13]

اش آمیخته و به سبک زندگی‌اش مبدل نماید؛ به او کمک می‌کند تا به تدریج خود را از نگرانی، اضطراب، خستگی، افسردگی، و نارضایتی نجات دهد (26). در این درمان، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این است که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر ، تجربه کنند و از ماهیت ناکارامد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آن‌چه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. در این پژوهش بیماران با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات، و افکار ناخوشایند شوند. در واقع هدف، افزایش امیدواری این افراد بود (13).

در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اماس می‌توان گفت که افراد با آموزش پذیرش، متوجه برانگیختگی‌های روانی (افکار و احساسات) خود می‌شوند، بدون آن‌که تلاشی برای مهار آن‌ها انجام دهند و یا از آن‌ها اجتناب کنند. این موضوع باعث می‌شود که تأثیر این افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری آن‌ها کاهش یابد؛ هم‌چنین در این شیوه درمانی آموزش فرایندهای شناختی شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی سبب شد تا افراد با حفظ سلامتی و انرژی و بهبود عملکرد خود بر مشکلات، غلبه‌کنند. در نتیجه درمان پذیرش و تعهد از طریق پذیرش برانگیختگی‌های روانی، آموزش فرایندهای شناختی، و عمل متعهدانه می‌تواند باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اماس شود (26). هم‌چنین آموزش ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی مانند توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر دارد و می‌تواند با تقویت فرایندهای مقابله‌ی شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تاب‌آوری و تحمل پریشانی، آموزش حل مسئله، و آموزش فنون نادیده گرفتن، در زمان حملات استرس، از فرد در مقابل بدعملکردی خلقی ناشی از استرس و نشخوار محافظت کند و بهزیستی روان‌شناختی را افزایش‌دهد (22).

در مجموع و با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت-درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش بهزیستی روان-شناختی و امید به زندگی اثرگذار هستند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود از هر دو رویکرد درمانی جهت کمک به بهبود ابعاد و مولفه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام.اس استفاده شود. هم‌چنین از متخصصان حوزه سمت روان برای آگاه‌سازی افراد و آموزش موارد ضروری بیش از پیش استفاده شود تا بیماران و اعضای خانواده آنان شرایط فعلی را با اثرات جانبی کمتری پشت سر بگذارند. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نیمه آزمایشی بودن پژوهش؛ یعنی گروه‌ها به صورت هدفمند انتخاب شدند، که امکان تعمیم نتایج را با محدودیت روبرو کرد، و عدم وجود دوره پیگیری، اشاره نمود. پیشنهاد می‌شودکه درمانگران و پژوهشگران این مداخلات را ضمن کنترل برخی از متغیرهای دموگرافیکی به‌صورت زوجی طراحی و اجرا کنند تا به نتایج مطلوب‌تر و جامع‌تر از کارایی این رویکردهای درمانی بر روی متغیرهای مورد مطالعه برسند.

تشکر و قدردانی: از اعضای شرکت‌کننده در پژوهش که زمینه ایجاد این تحقیق را فراهم نمودند، سپاسگزارم. این مقاله از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد با کد 17/1/3281 در دانشگاه پیام نور گلستان استخراج شده است.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-13]

تضاد منافع: نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی را گزارش نکردند. **منابع مالی:** این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

References

1. Smeltzer SC, Bare BG. Text Book of Medical Surgical Nursin.Philadelphia:Lippincotth Company. 2011.
2. Greenberg DA, Aminoff MJ. Clinical Neurology (5th). Philadelphia: Lippincotth Company. 2012.
3. Henry A, Tourbah A, Camus G, Deschamps R, Mailhan L, Castex C, Gout O, Montreuil M. Anxiety and depression in patients with multiple sclerosis: The mediating effects of perceived social support. Mult Scler Relat Disord, 2018; 27(1):46-51.
4. Köpke S, Solari A, Rahn A, Khan F, Heesen C, Giordano A. Information provision for people with multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev, 2018; 14(10): 87-95.
5. Amanda E. Hunsaker, LSW, MPH, Doctoral Student, Lauren Terhorst, PhD, Assistant Professor, Amanda Gentry, MPH, Project Director, and Jennifer H. Lingler, PhD, CRNP, Assistant Professor. Measuring hope among families impacted by cognitive impairment. Dementia (London), 2014; 15(4): 596–608.
6. Emery R, Eaves M, Chery R. Ways of Hoping: Navigating the paradox of hope and despair in chronic pain. Cult Med Psychiatry, 2016; 40(1): 35–58.
7. Hayes, S. Creative hopelessness and the diagnostic conundrum. Bulletin of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry. 2010.
8. Ali Baba Yi Z, Amin Jafari Dehaghani B. The effectiveness of counseling with a positive approach on prosperity, psychological well-being and happiness of patients with multiple sclerosis. Sadra Journal of Medical Sciences, 2020; 8(3): 207-220.
9. Yaqubi A, Naderipour H, Yarmohammadi M, Mohaghegh, H. Explain psychological well-being based on mindfulness, need for cognition and psychological capital in students. Journal of Educational Psychology, 2019; 15 (52): 217-237.
10. Homan K. J. Self-compassion and psychological well-being in older adults. Journal of Adult Development, 2016; 23(2): 111-119.
11. Strober LB. Quality of life and psychological well-being in the early stages of multiple sclerosis (MS): Importance of adopting a biopsychosocial model. Disabil Health J, 2018; 11(4):555-561.
12. Farhadian, F, Moradi A. The contribution of spiritual health, optimism and forgiveness in predicting the psychological well-being of university students. Knowledge and Research in Applied Psychology, 2020; 21(2), 93-104.
13. Jenny T, Martin C, JoAnne D, Louise VE, Gustaf L. Acceptance as a Mediator for Change in Acceptance and Commitment Therapy for Persons with Chronic Pain? Int J Behav Med, 2015; 23(5): 21–29.
14. Veauthier C, Hasselmann H, Gold SM, Paul F. The Berlin Treatment Algorithm: recommendations for tailored innovative therapeutic strategies for multiple sclerosis-related fatigue. The EPMA Journal, 2016; 7(1):25-32.
15. Amrod J. & Hayes, S. C. ACT for the incarcerated. In R. Tafrate & D. Mitchell (Eds.), Forensic CBT: A Handbook for Clinical Practice (pp. 43-65). New York: Wiley-Blackwell. 2014.
16. Luoma J. Rye A, Kohlenberg B, Hayes S. Self-stigma in substance abuse: Development of a new measure. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2013; 35(7): 223-234.
17. Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Second Edition. Guilford Publications. 2018.
18. Philippe R. James J. Gross. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. Emotion, 2010; 10(1): 83–91.
19. Zindel V. Segal J. Mark G. Williams, John D. Teasdale, Jon Kabat-Zinn. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Second Edition 2nd Edition. 2010.
20. MacKenzie M, Kocovski N. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: trends and developments. Psychol Res Behav Manag. 2016; 9: 125–132.
21. Cladder-Micus MB, Speckens AEM, Vrijsen JN, T. Donders AR, Becker E, Spijker J. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. Depression and Anxiety, 2018; 35(10): 914-924.
22. Movahedzadeh B, Shah Veisi S. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression, quality of life and hope in Qorveh Relief Committee clients. New advances in behavioral sciences, 2017; 2(11): 1-16.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-13]

23. Mohammadi Ahmadabadi N, Goodarzi N. The effect of mindfulness on psychological well-being and life expectancy in cancer patients in Yazd. 8th International Conference on Psychology and Social Sciences, Tehran, Isfahan Contemporary Association. 2017.
24. Ghadmpour A, Radmehr P, Yosefvand D. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on social competence and life expectancy of patients with multiple sclerosis. The gift of knowledge, 2017, 21(11): 1100-1114.
25. Hanna M, Strober LB. Anxiety and depression in Multiple Sclerosis (MS): Antecedents, consequences, and differential impact on well-being and quality of life. Mult Scler Relat Disord. 2020; 44(1): 102-116.
26. Bassi M, Cilia S, Falautano M, Grobberio M, Negri L, Niccolai C, et al. The caring experience in multiple sclerosis: caregiving tasks, coping strategies and psychological wellbeing. Heal Soc Care Community, 2020; 28(1): 236-46.
27. Snyder, C. Reality negotiation: From excuses to hope and beyond. Journal of Social andClinical Psychology, 1989; 8(2): 130-157.
28. Hosseinian E. Evaluation of the effectiveness of group therapy in increasing the life expectancy of cancer patients in Shafa Hospital in Shahrehvaz. Bachelor Thesis, M.Sc. Consulting. Islamic Azad University, Science and Research Branch. 2009.
29. Bayani A, Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. IJPCP, 2008; 14(2): 146-151.

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-13]

Original paper

Comparing the Effectiveness of Treatment based on Acceptance and Commitment and Mindfulness on Life Expectancy and Psychological well-being of Patients with MS

Seyed Mojtaba Aghili [1*], Fatemeh Jorjani[2], Arezou Asghari [3], Mitra Namazi [4]
1- Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran, Dr_aghili1398@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-0523-2981
2- Master of Psychology, Payame Noor University, Golestan, Iran, Jorjani_FS@gmail.com, ORCID: 0000-0003-2415-3751
3- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Kowsar University, Bojnord, Bojnord, Iran, azasghari@gmail.com, ORCID: 0000-0003-2011-0699
4- Master of Clinical Psychology Shahroud University of Science and Research, Semnan, Iran, mitra_namazi@yahoo.com, ORCID: 0000-0003-0235-3124
Corresponding author: Tel: +989015091346 **Email**: Dr_aghili1398@yahoo.com

Abstract
Background and Aim: Multiple sclerosis (MS), is one of the most common neurological causes of central nervous system disability. The purpose of this study was to compare the effectiveness of acceptance, commitment therapy and mindfulness on the life expectancy and psychological well-being in MS patients.
Materials and Methods: The study method is semi-experimental and pre-test-post-test with a control group. The study population consisted of all people with MS in Gorgan, of which 45 people hospitalized in the neurology department of Shahid Sayad Shirazi hospitals in Gorgan city were selected by available sampling and were randomly divided into 3 groups of 15. The research tools consisted of life expectancy (AHS) and psychological well-being questionnaires (RSPWB). The intervention groups both received acceptance- and commitment-based treatments (ACT) and cognitive therapy based on mindfulness for 8, 1.5-hour sessions, and the control group did not receive any intervention. The data was also analyzed using the analysis of covariance test and average comparisons.
Results: The average psychological well-being score of patients in the group of acceptance- and commitment-based treatment before the training was 12.412±3.726, reaching 2.531±13.018 after the training. Also, the score in the mindfulness group before the training, was 3.693±12.533, reaching 4.695±15.933 after the training. Also, the life expectancy score in the treatment group based on acceptance and commitment was 5.625±26.115 and 4.417±29.106 before and after the training, respectively. The score in the mindfulness group was 6.672±26.465 and 5.327±31.431 before and after the training respectively. This difference was statistically significant (P-value=0.000).
Conclusion: The research findings showed that both acceptance- and commitment-based treatments and mindfulness are effective in increasing the life expectancy and psychological well-being of patients with MS.
Keywords: Multiple Sclerosis, Mindfulness, Life Expectancy, Iran

[Downloaded from zanko.muk.ac.ir on 2026-11-13]